

# W sprawie elektroterapii

## The issue of electrotherapy in Poland

Barbara Małecka

Klinika Elektrokardiologii, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, KSS im. Jana Pawła II, Kraków

Artykuł Prezesa Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Specjalisty Krajowego ds. Kardiologii ukazuje *de facto* problemy, przed którymi staje coraz większa grupa lekarzy praktyków, zwłaszcza w świetle wdrażanych zaleceń terapeutycznych [1, 2].

Wbrew wcześniejszym przekonaniom co do trwałości układów wszczepialnych okazało się, że zawodzi także elektroda — z powodu zużycia czy przetarcia wewnątrzsercowego [3, 4]. Do innych powikłań należą elektrody urwane, „wpadnięte” czy spętłone w sercu oraz odelektrodowe zapalenie wsierdza [4–7]. Późne powikłania elektroterapii to narastające zjawisko, dlatego z inicjatywy Prezesa Sekcji poświęcono temu problemowi wiele sesji na konferencjach, wydano również numer tematyczny pisma *Folia Cardiologica Excerpta* [4].

Elektroterapia jest działaniem operacyjnym mającym swoje powikłania. W leczeniu tych powikłań niezbędne stają się kolejne zabiegi [2]. Prognozy, że obecna liczba 300 pacjentów w roku wymagających usuwania elektrod techniką przeżyłną będzie wzrastała o kolejnych 100 osób, należy odnieść do istniejących w kraju realiów i standardów [1, 2, 8]. Przeszkodą w zwiększaniu liczby zabiegów jest płatnik — Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

W odróżnieniu od leczenia ostrych zespołów wieńcowych procedury elektroterapii są limitowane przez NFZ. W leczeniu powikłań elektroterapii często dochodzi do łączenia dwóch procedur. Pierwszą stanowi usunięcie systemu stymulacji/defibrylacji jako leczenie powikłania, drugą zaś bezpośrednia lub odroczonego implantacja kolejnego układu; NFZ opłaca tylko jedną procedurę.

Urzednicy zadają pytanie: czy są to zabiegi ratujące życie? Na pewno tak jako prewencja nagłego zgonu sercowego. A w leczeniu powikłań? Postępowanie zachowawcze w zapaleniu wsierdza to dochodzące do 66% ryzyko zgonu pacjenta przy 10-procentowym takim ryzyku w trakcie leczenia kardiologicznego i 1–2-procentowym przy przeżyłym usuwaniu elektrod [7, 9].

Autorzy artykułu stwierdzają, że nie ma problemu z usuwaniem elektrod czy też brakiem odpowiedniej liczby cen-

trów regionalnych. Według nich problem tkwi w zbyt wolnym wdrażaniu zaleceń *Heart Rhythm Society* do codziennej praktyki lekarskiej [1]. Z całym szacunkiem dla tego stanowiska, należy jednak nadmienić, że przyspieszenie wdrażania tych zaleceń to nie tylko przybliżanie aktualnych kwalifikacji terapeutycznych jak największej grupie lekarzy, ale również realizowanie zaleceń w zakresie standardów w organizacji i wyposażeniu ośrodków elektroterapii oraz w systemie szkolenia lekarzy-operatorów [2, 8].

Obecnie lekarze zajmujący się elektroterapią uważają, że w celu dalszego rozwoju tej dziedziny w Polsce niezbędna jest zmiana stanowiska NFZ zarówno dotycząca wyceny procedur, ich nieuchronnego łączenia oraz barier limitowych, z uznaniem, że są to zabiegi ratujące życie. Bez zmiany aktualnego stanu nie będzie możliwe prawidłowe zabezpieczenie stale rosnącej liczby chorych z urządzeniami wszczepialnymi.

### Piśmiennictwo

1. Kutarski A, Opolski G. Usuwanie wrośniętych elektrod do stymulacji/defibrylacji serca — zabiegi o najwyższej skali trudności i ryzyka. Problemy szkolenia i logistyka. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 735–742.
2. Wilkoff BL, Love CJ, Byrd CJ et al. Transvenous lead extraction Heart Rhythm export consensus on facilities, training, indications and patient management: this document was endorsed by the American Heart Association. *Heart Rhythm*, 2009; 6: 1085–1091.
3. Kutarski A, Małecka B. Późne powikłania stymulacji — gdzie jesteśmy, dokąd idziemy? *Kardiologia po Dyplomie*, 2009; 8: 14–22.
4. Kutarski A, Małecka B eds. Późne powikłania elektroterapii — najważniejsze aspekty. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2009; 4: 53–141.
5. Kutarski A, Małecka B, Ruciński P, Ząbek A. Percutaneous extraction of endocardial leads — a single centre experience in 120 patients. *Kardiologia Polska*, 2009; 67: 149–156.
6. Małecka B, Kutarski A, Pietura R et al. Usunięcie starej spętłonej elektrody powikłane owinięciem jej na aktywnej elektrodzie prawokomorowej. *Kardiologia Polska*, 2008; 66: 865–868.
7. Małecka B, Kutarski A. Lead-dependent infective endocarditis — an old problem, a new name. *Cardiol J*, 2010; 17: 205–210.
8. Małecka B. Wytoczne HRS 2009 w elektroterapii — konieczność czy dowolność? *Folia Cardiologica Excerpta*, 2010; 5 (supl. C): 27–29.
9. Camboni D, Woltman CG, Moher A et al. Explantation of implantable defibrillator leads using open heart surgery or percutaneous techniques. *Ann Thorac Surg*, 2008; 85: 50–55.

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Barbara Małecka, Klinika Elektrokardiologii, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, KSS im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31–202 Kraków, tel: +48 12 614 20 00, e-mail: barbara\_malecka@go2.pl